

# Der Weg zum lernenden System

**gpk-Gespräch mit Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin**

Unser Gesundheitswesen steckt in einer Krise. Nach Jahrzehnten hervorragenden Wachstums und ungebrochener Leistungsausweitung sind die Grenzen der Finanzierbarkeit erreicht. Die Folgen dieser Entwicklung sind unübersehbar: Die Beitragssätze steigen, die Kostendämpfungsgesetze nehmen zu, die Leistungserbringer sind aufgrund zunehmender Drangsalierungen unzufrieden und gehen auf die Straße, und die Patienten sind auch nicht glücklich, wenn ihr Arzt die Praxis schließt, weil er Transparente hochhalten muss.

Umfragen belegen, dass sich die Patienten zwar gut versorgt fühlen, gleichwohl aber misstrauisch sind, wie es weitergehen wird. Diese Ungewissheit über die Kostenentwicklung, die Unklarheit über die Qualität der Leistungserbringer, das Misstrauen gegenüber den Leistungsträgern und eine zunehmende Unzufriedenheit der Patienten und der Gesellschaft insgesamt sind allerdings kein ausschließlich deutsches Charakteristikum – wenn es auch bei uns besonders ausgeprägt ist.

Eine Antwort auf diese Zustandsbeschreibung kann nun aber nicht darin liegen, dass jeder für seine eigenen Bedürfnisse demonstriert und von anderen fordert, diese Bedürfnisse erst einmal zu stillen. Dies war leider in der Vergangenheit das klassische Ritual.

## **Blick aus der Vogelperspektive**

Wirft man aber einmal einen Blick aus der Vogelperspektive auf unser Gesundheitswesen und stellt sich die Frage, was auf dem Gebiet der Medizin in den letzten Jahrzehnten in der Betreuung und Behandlung kranker Menschen alles geschehen ist, dann blickt man auf eine beispiellose Erfolgsgeschichte: Noch vor 20 bis 30 Jahren sind Patienten schicksalhaft an ihren Krankheiten und Unfällen gestorben. Mittlerweile sind viele dieser Krankheiten, die vor 20 Jahren nicht behandelt werden konnten, therapierbar. So verstarb Ende der 60er Jahre ein Diabetiker noch im diabetischen Koma oder ein 80-Jähriger an den Folgen einer Schenkelhalsfraktur. Die Krankheit selber war im Grunde behandelbar. Aber man konnte

einen 80-jährigen Menschen eben nicht therapieren. Es handelt sich zwar in beiden Fällen um Volkskrankheiten, aber Diabetes mellitus und Schenkelhalsfraktur sind mittlerweile völlige Routine in der Behandlung geworden. Hochbetagten Menschen mit Schenkelhalsbruch eine neue Prothese einzubauen und einen großen Teil der Fälle wieder glücklich nach Hause in sein gewohntes Umfeld schicken zu können, dies ist ein echter Erfolg der modernen Medizin! Zuckerkrankheit ist ebenfalls eine Erkrankung, die mittlerweile so erfolgreich behandelbar ist, dass ein Patient ohne jede Spätkomplikationen 80 oder 90 Jahre alt werden kann, selbst wenn er schon als Jugendlicher anfangen musste, sich Insulin zu spritzen.

Ein anderes Beispiel für die Erfolgsgeschichte, das man in der Regel aber wenig zur Kenntnis nimmt, ist die Behandelbarkeit von Krebserkrankungen bei Kindern oder die Behandelbarkeit von AIDS. In den 80er Jahren war AIDS praktisch von vornherein ein Todesurteil. Mittlerweile ist es eine chronische Erkrankung, bei der man zu Recht darüber nachdenkt, ob man die Menschen, die wegen HIV-positiven Befundes berentet sind, nicht doch wieder ins Arbeitsleben zurückschicken sollte, weil sie arbeitsfähig sind.

Wir haben also riesige Fortschritte in der modernen Medizin gemacht. Doch diese Fortschritte sind nur möglich, weil wir regelmäßig und kontinuierlich an der Verbesserung der modernen Medizin arbeiten. Es ist ein Charakteristikum der klassischen Schulmedizin, dass wir – im Gegensatz zu vielen Naturheilmethoden – nicht auf einem bestimmten Standpunkt stehen bleiben, sondern uns ständig weiterentwickeln wollen.

Wir können neben der erfolgreichen Behandlung von Krankheiten auch ganze Patientengruppen behandeln, die früher nicht behandelt werden konnten. Das betrifft vor allen Dingen Hochrisikopatienten. Diese konnte man früher zum Beispiel nicht einer Tumoreoperation unterziehen. Die Folge: Sie mussten sterben. Auch Frühgeborene und sehr Frühgeborene können mittlerweile relativ erfolgreich behandelt werden; ebenso alte und hochbetagte Menschen, die man früher einfach sterben ließ beziehungsweise sterben lassen musste.

Der alte Mensch ist generell derjenige, der von den Zielen der modernen Medizin am meisten profitiert. Weil er Lebensjahre hinzu bekommt, die er früher nicht gehabt hätte. Die „nachteilige“ Folge dieser Entwicklung, kranke Menschen länger am Leben zu erhalten, ist: Es kostet mehr Geld. Wenn beispielsweise ein Patient, dessen Nieren versagen und der nicht dialysiert werden kann, weil keine Dialysegeräte da sind, stirbt, dann kostet er kein Geld mehr. Das ist eine zynische und gleichwohl reale Feststellung, denn die regelmäßige Dialyse ist kostenintensiv. Ein Patient der dialysepflichtig ist, der 20 Jahre lang dialysiert wird, verursacht 20 Jahre lang Kosten für die Dialyse und Kosten für die Behandlung aller auftretenden Nebenerkrankungen. Kranke länger am Leben zu erhalten ist also sehr kostenintensiv. Wir sprechen deshalb auch von der Fortschrittsfalle, weil der Erfolg der Medizin, mehr Leben für jeden Patienten zu schaffen, dauerhaft mehr Geld kostet.

### **Über Erfolge sprechen!**

Die Medizin hat es seltsamerweise im Unterschied zur Wirtschaft nie geschafft, eine regelmäßige Erfolgsbilanz vorzulegen. Es wird vielmehr ständig darüber gesprochen, was fehlt. Auch die Ärzte reden ständig über die Defizite, die Misserfolge der Medizin oder die noch nicht ausreichende Finanzierung von Forschung und von Therapiemöglichkeiten. Beim „Schlecht-Reden“ sind wir ziemlich erfolgreich. Aber noch niemand hat es bisher geschafft, eine Erfolgsbilanz auf den Weg zu bringen. Einmal im Jahr sollte jedes Fachgebiet eine solche vorlegen und darlegen, auf welche Leistungen man ganz besonders stolz ist. Aber das Verkünden solcher guten Botschaften findet in Deutschland nicht statt.

Auch aus anderen Ländern sind keine Beispiele bekannt, dass man eine solche Jahresbilanz macht. Gelegentlich wird über die Hilfe bei Herzinfarkten, die sehr gut ist, gesprochen oder über das Notarztwesen in Deutschland, um das uns andere Länder beneiden. In Deutschland ist nach einem Unfall in der Regel spätestens nach 15 bis 20 Minuten ein erfahrener Arzt zur Stelle. Über gute Botschaften dieser Art zu berichten, scheint ein Problem zu sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt: Das Durchschnittsalter der Patienten in Praxen und Krankenhäusern ist kontinuierlich angestiegen. Der normale typische Krankenhauspatient ist in der Regel 60 Jahre alt oder weitaus älter. Normalerweise gibt es mindestens zwei, wenn nicht drei wesentliche Diagnosen und

Nebendiagnosen neben der Erkrankung, weswegen er ins Krankenhaus kommt. Die Patienten sind also durch höhere Multimorbidität und durch Alter anspruchsvoller und anfälliger geworden.

Die jüngeren Patienten stellen ebenfalls höhere Anforderungen und Ansprüche an die Medizin. Die moderne Medizin sollte ihrer Ansicht nach in der Lage sein, eine Meniskusoperation so durchzuführen, dass der Betroffene nach zwei Tagen wieder auf dem Fußballplatz stehen kann, das heißt, die Patienten haben sich ebenfalls verändert.

In der Folge stellt sich auch die Frage der Finanzierung des Gesundheitswesens neu. Ein System, das ständig Erfolge produziert, die mit höheren Kosten verbunden sind, kann nur dadurch leben, dass ständig neues Geld hineinkommt. Denn der Fortschrittsfalle auf der Leistungserbringungsseite mit höheren Kosten und mehr Aufwand muss auf der Einnahmeseite mit einer Zunahme der finanziellen Ressourcen begegnet werden.

### **Keine Kostenexplosion**

Die Gesamtausgaben für Gesundheit sind in den letzten Jahrzehnten gemessen am Bruttosozialprodukt stabil geblieben. Wir haben also keine Kostenexplosion. Denn die Ausgabensteigerung läuft kontinuierlich mit dem Wachstum des Gesamtreichtums der ganzen Nation. Das Problem liegt darin, dass der Anteil unseres Gesamtreichtums, der über Löhne und Gehälter die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bezahlt wird, kleiner geworden ist, während der Kapitalanteil am Gesamtreichtum der Nation zugenommen hat.

Die Lohnquote ist gefallen und die Kapitalquote gestiegen. Hätten wir jetzt die gleiche Lohnquote wie in den 80er Jahren, so betrügen die durchschnittlichen Beiträge zur GKV 11 Prozent und nicht 15 Prozent, und dann hätten wir das ganze Gerede über die Kostenexplosion nicht. Das bedeutet, dass die Finanzierungsgrundlage der GKV über den Faktor Arbeit nicht geeignet ist, die Ausgabenseite entsprechend zu kompensieren. Gleichzeitig ist die GKV durch gesetzgeberische Maßnahmen (Verschiebebahnhöfe) in den letzten 8 bis 10 Jahren um rund 30 Milliarden Euro belastet worden.

Wenn GKV-Gelder benutzt werden, um Sozialversicherungen wie Arbeitslosen- oder Rentenversicherung zu subventionieren, ist dies ein Missbrauch der Gelder der gesetzlich Pflichtversicherten, der die Fi-

nanzkrise im Gesundheitswesen verstärkt. Aktuell beträgt der Missbrauch der GKV durch den Staat rund 3 Milliarden Euro pro Jahr, die Belastungen durch die höhere Mehrwertsteuer noch nicht eingerechnet.

### **Vielfalt der Therapien**

Wir haben im Gesundheitswesen nicht nur das Problem der steigenden Kosten, sondern auch das der zunehmenden Therapievelfalt. Die größere Leistungsfähigkeit der Medizin führt dazu, dass sie zunehmend unübersehbar geworden ist. Wenn vor 20 Jahren für eine Behandlung eines Patienten mit Diabetes mellitus zwei Therapieverfahren – nämlich Diät oder Insulin – zur Verfügung standen, dann haben wir mittlerweile ein Riesensündel an völlig unterschiedlichen Verfahren. Man kann weiterhin Diät machen, hat aber völlig unterschiedliches Insulin und hat unterschiedliche medikamentöse Möglichkeiten mit jeweils entsprechend unterschiedlichen Risiken und Nebenwirkungen. Diese Entwicklung stellt auch höhere Anforderungen an den Arzt. Die Medizin ist sehr komplex und damit auch unübersichtlich geworden.

Wir haben also viele Veränderungen. Aber in einem Bereich nicht: Das ist die Organisationsform des Gesundheitswesens. Diese ist dem Grunde nach die gleiche wie in allen anderen zivilisierten Gesundheitssystemen. Eine Einrichtung macht die Gesetze, eine andere kümmert sich um die Finanzierung, eine dritte kümmert sich um die Leistungserbringung und eine vierte, die Patienten, bekommen davon etwas ab.

Ein gemeinsames Ziel, das zu einer konstruktiven Zusammenarbeit führt, gibt es nicht oder nur sehr unkonkret im SGB V. Da steht dann: wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig. Was das in jedem einzelnen Fall bedeutet, ist dann ein großes Problem. Die Interessen der unterschiedlichen Akteure sind gegensätzlich. Die Politik hat eigenständige Interessen. Sie muss sich vor allem um das Wohl möglichst vieler Versicherter, also gesunder Menschen, kümmern, denn es gibt eben mehr Gesunde als Kranke. Die Krankenkasse möchte hohe Kosten vermeiden, denn hohe Kosten sind hohe Beiträge, hohe Beiträge heißt, dass viele Patienten die Kasse wechseln. Die medizinischen Akteure haben ein nachvollziehbares Interesse an möglichst vielen unbegrenzten Möglichkeiten, um jedem Patienten die optimale oder sogar die maximale Versorgung gewährleisten zu können. Und die Ansprüche des Patienten sind, wenn man so will, noch extremer. Wenn er ernsthaft krank ist, möchte er sofort die bestmögliche

Versorgung ohne Rücksicht darauf, wer die Kosten trägt.

Dies sind alles nachvollziehbare Interessen. Damit haben wir aber eine Situation, in der bei gegensätzlichen Interessen die Summe des Eigennutzes der Beteiligten nicht zum gesamten Nutzen des Systems beiträgt. Es ist eher ein Gesamtschaden, da der Schwarze Peter hin- und hergereicht wird. Die einzige Gruppe, die im Gesundheitswesen persönlich für alles haftet, sind die Ärzte. Und der Patient ist derjenige mit dem größten Bedarf, aber dem geringsten Wissen über die Abläufe im Gesundheitswesen.

### **Versagen des Organisationsprinzips**

Dieses Schwarze-Peter-Prinzip ist bei uns genau das gleiche wie in Großbritannien, Skandinavien und den USA. Es ist die Hauptursache für die Krise des Gesundheitssystems. Fließbandprinzip, kein Gesamtnutzen, keine „Common responsibility“ und vor allen Dingen auch keine Fokussierung auf ein klares Ziel, nämlich den größtmöglichen Nutzen für den Patienten. Es handelt sich um ein Versagen des Organisationsprinzips der Gesundheitssysteme und zwar unabhängig davon, ob sie staatlich, rein wettbewerblich, kommerziell oder in einer Mischform wie bei uns organisiert sind. Der reine Systemwechsel, wie er derzeit von der Bundesregierung angestrebt wird, nämlich hin zu einem pseudostaatlichen Primärarztsystem, mit einer Einheitsfinanzierung über den Gesundheitsfonds, einer Einheitsversorgung über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), mit einer Einheitsversorgung auf der Versicherungsseite, der Angleichung der privaten an die gesetzliche Krankenversicherung, löst das Problem definitiv nicht. Es verlagert dieses nur auf eine andere Ebene.

Nehmen wir ein Beispiel: Deutsche Ärzte, die das deutsche System kennen und die Koffer gepackt haben, um in Holland, der Schweiz oder in England zu arbeiten. Sie sind alle voll des Lobes über ihre Arbeitsbedingungen, über die Wertschätzung, die sie erfahren, über das höhere Einkommen, über die Freiheiten, die sie haben, über das bessere ärztliche Selbstverständnis ohne Selbstkasteiung. Aber fragt man die selben Ärzte, möchtest du auch da Patient sein, wo du jetzt arbeitest, sagen alle: Um Gottes Willen, bloß nicht! In Skandinavien warten die Patienten zum Teil ein halbes Jahr auf einen Facharzttermin. Die Patienten in Holland, insbesondere die älteren, gehen lieber in ein Altersheim auf der nordrhein-westfälischen Seite, weil sie Sorge haben, bei einem Arzt zu landen, der

zur Mithilfe bei einem „sozialverträglichen Ableben“ neigt.

Es gibt dort in der konkreten Versorgung eine Vielzahl von Mängeln. Man muss also davor warnen, ein solches System auch bei uns einzuführen. Den Ärzten geht es in solchen Systemen gut, aber leider den meisten Patienten nicht. Es muss aber auch den Patienten gut gehen! Es stellt sich also die Frage, was getan werden muss, damit die Patientenversorgung hier zu Lande wieder besser wird.

### Systematisierung der Patientenversorgung

Das erste strategische Ziel heißt: Die Patientenversorgung muss systematisiert werden. Die reine Versorgung kranker Menschen kann nicht mehr dem auch noch so großen Engagement des einzelnen hochmotivierten Arztes überlassen bleiben. Er ist zwar immer noch die Stütze und der zentrale Pfeiler jeglichen Funktionierens in der Patientenversorgung. Aber man kann die Versorgung nicht nur dem individuellen Bemühen des Arztes übergeben. Und man muss sich auch die Frage stellen: Wer kümmert sich um die Patienten, die entweder besonders relevant krank sind oder besonders hohe Kosten verursachen? Wer kümmert sich um Patienten mit Diabetes mellitus? Wer kümmert sich um sturzgefährdete Alte? Wer kümmert sich um Jugendliche in Risikogruppen?

In dem Bereich der Systematisierung können Disease Management Programme (DMPs), Integrierte Versorgungsverträge oder auch bevölkerungsgruppenspezifische Präventionsprogramme außerordentlich wirksam sein. Sie setzen aber voraus, dass die Akteure im Gesundheitswesen eng kooperieren. Ein konkretes Beispiel: Die Krankenkassen haben jede Menge hochgradig relevante Zahlen für die Patientenversorgung. Genau diese Zahlen haben die Ärztekammern nicht. Sie benötigen diese aber, um die Fortbildung und die Weiterbildung zu systematisieren oder auch konkret bestimmte Arztgruppen anzusprechen.

Also verfügen diejenigen, die in der Versorgung eine Arbeitsverantwortung und eine Steuerungsmöglichkeit haben, nicht über die Daten, die an anderer Stelle vorhanden sind. Eine Systematisierung hätte zum Beispiel den Charme, dass man die 20 Prozent der Versicherten herausnimmt, die 80 Prozent der Kosten verursachen (Pareto-Regel<sup>1</sup>). Das gilt für jede Arztpraxis und für jedes Krankenhaus. Diese 20 Prozent muss man dann optimieren.

### Optimale Behandlung

Zweites strategisches Ziel ist die Beantwortung der Frage, was optimale Behandlung bedeutet. Ein Beispiel: Es gibt eine Menge Medikamente, die hochgradig wirksam sind, das heißt, der Arzt kann bei bestimmten Tumorerkrankungen durch eine aufwendige und auch für den Patienten nebenwirkungsreiche Behandlung einen Tumor und Metastasen praktisch vernichten. Da gab es über lange Jahre den Zustand, dass im Bereich der Darmkrebsbehandlung Patienten mit Lebertumor eigens unter die Bauchdecke einen Port eingebaut bekommen haben. Die Leber wurde unmittelbar mit Chemotherapie versehen und nach einem halben Jahr waren die Lebermetastasen weg. Für den Patienten war das gut. Er musste halt ein halbes Jahr regelmäßig kommen und auch trotz Komplikationen die Chemotherapie machen lassen.

Sieht man sich dann beide Gruppen an, die mit Therapie und die ohne Therapie, muss man feststellen: Sie sterben beide gleich schnell! Mit dem einen Unterschied, der eine stirbt dann mit seinen Metastasen, die er von Anfang an hatte und hatte eben noch ein oder zwei Jahre, die er sinnvoll und halbwegs glücklich verbringen konnte, während der andere mindestens ein Jahr lang damit zu tun hatte, dass er jeden Monat in die Sprechstunde oder auf die Station ins Krankenhaus kommen musste, um die Chemotherapie machen zu lassen.

Das Gleiche trifft zum Teil auch für die Tumornachsorge zu. Bei der Brustkrebsbehandlung werden beispielsweise Frauen regelmäßig zur Nachsorge in die Praxis bestellt, um Tumormarker festzustellen und um Metastasen oder Rezidive nachzuweisen. Das Problem ist nur: Wird eine Metastase nachgewiesen, dann kann in der Regel nicht mehr geholfen werden. Dann ist die Krankheit systemisch und in der Regel ist die weitere Lebensperspektive begrenzt.

<sup>1</sup> Der italienische Philosoph und Volkswirtschaftler Vilfredo Pareto (1848 bis 1923) stellte fest, dass man schon nach 20 % der eingesetzten Zeit rund 80 % der Lösung erarbeitet hat, d.h. ein großer Teil des Gesamterfolges ist mit einem sehr kleinen Teil des Gesamtaufwandes erreichbar. Zum Beispiel: 20 % der Kunden etwa 80 % des Umsatzes erwirtschaften oder 20 % der Waren 80 % des Gewinns bringen oder 20 % der Fehler 80 % des Ausschuss. Erstaunlicher allerdings ist: Kann ein Unternehmen nur um 5 % die Rate unzufriedener und abwandernder Kunden verringern, lässt sich der Gewinn um 85 % steigern (Quelle: Koepller und Partner).

Die moderne Medizin muss also auf den Prüfstand. Sie muss daraufhin geprüft werden, was von dem, was der Arzt macht oder veranlasst, beim Patienten tatsächlich in Form von konkretem Nutzen, besserem oder längerem Leben tatsächlich ankommt. Die Medizin kann nicht an Surrogatparametern, Laborbefunden oder Röntgenbefunden gemessen werden, auch wenn das immer schön und spektakulär ist, sie muss vielmehr nach dem Nutzen fragen und danach, ob die Patienten länger oder besser leben.

Das Instrumentarium, um diese entscheidende Frage zu beantworten, ist die evidenzbasierte Medizin (EbM) – und zwar die richtig verstandene evidenzbasierte Medizin und nicht die, die seit einigen Jahren die Schlagzeilen beherrscht. Erst muss das Problem identifiziert werden, dann muss geprüft werden, was nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kunst die beste Therapie ist, um die Krankheit zu behandeln. Im Idealfall muss der Arzt einen kurzen Blick in die Literatur werfen und nachschauen, ob es Studien gibt, die ihm ein neueres, besseres Wissen liefern als das, was er vor fünf oder zehn Jahren während seiner Weiterbildung oder seines Studiums gelernt hat.

Dieses Vorgehen setzt aber voraus, dass der Arzt Selbstkritik übt und sein eigenes Wissen und Handeln kritisch hinterfragt. Und er muss dieses Angebot an besserem Wissen möglichst mit neuem und relevantem Wissen vergleichen und dieses in Relation setzen zu dem, was er selber kann. Dann sollte er sich gemeinsam mit dem Patienten für eine entsprechende Behandlung entscheiden. Ein solcher Schritt kommt in der Diskussion vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überhaupt nicht vor.

Der EbM-orientierte Arzt ist auch in der Lage, im Idealfall auf Knopfdruck Rechenschaft darüber abzugeben, dass seine Behandlung von seinen relevanten kranken Patienten tatsächlich zum gewünschten Erfolg führt und nicht gewünschte Risiken und Nebenwirkungen vermeidet. Der EbM-orientierte Arzt ist auch in der Lage zu schauen, wie viele seiner Patienten in seiner Arztpraxis im Bayerischen Wald eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung haben, wie viele eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kunst bekommen und wie viele von diesen Patienten – und das ist wichtig zu wissen – rauchen. Wenn der Arzt dann noch bei dieser Gelegenheit herausbekommt, dass diese Patienten ein Mittel zur Dilatation der Bronchien bekommen, was möglicherweise teurer ist als ein anderes Medika-

ment, das ebenfalls auf dem Markt ist, dann kann er auch noch seine Medikation für die gesamte Patientengruppe umstellen. Damit hat er dann sehr viel Geld gespart, sein Arzneimittelbudget geschont und jede Menge Ärger mit der KV oder mit der Regressorganisation vermieden.

So einfach kann das im Grunde gehen. Diese Optimierung und Systematisierung ist auf alle Arztbereiche und auf alle Bereiche der Patientenversorgung übertragbar, weil es in allen Bereichen bestimmte Grundmuster gibt, die sich wiederholen, und diese Grundmuster müssen systematischer angegangen werden, um die Behandlung nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu optimieren.

### **Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens**

Diesen beiden Bereichen Systematisieren und Optimieren hat Marc Roberts, ein Gesundheitsökonom aus den USA, eine dritte Forderung, die Finanzierbarkeit, hinzugefügt. Es dürfe sich keiner aus der Solidarität der Finanzierung herausstehlen können, so seine Forderung. Dieses Stichwort muss in die Köpfe derjenigen gebracht werden, die mit Personenversorgung zu tun haben, egal ob in der Politik, bei den Krankenkassen, bei sozialen Trägern oder bei Ärzten. Wenn dies gelänge, dann wären im Prinzip schon so viele Probleme gelöst, auch die ökonomischen.

Das Solidaritätsprinzip ist die Grundlage für die Werte unserer Gesellschaft und für die Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Es kann auf zwei Arten geschehen. Die eine ist im Moment die Bürgerversicherung, das heißt, diejenigen, die ein höheres Einkommen haben, zahlen auch mehr, tragen eine höhere Solidarität als diejenigen, die kleinere Einkommen haben. Das kann man gesellschaftspolitisch so begründen und in geeigneter Form, ohne extreme Belastungen herbeizuführen, auch umsetzen.

Die andere Möglichkeit ist die einer Gesundheitsprämie. Jeder zahlt den gleichen Betrag mit der Begründung, dass die Leistungen im Gesundheitswesen prinzipiell für alle gleich sein sollen. Ein reicher wie ein armer Mensch zahlt den gleichen Betrag für eine Leistung. Damit wird eine Gesundheitsprämie dem Anspruch einer solidarischen Versorgung gerecht.

Der zweite Grundwert in der Finanzierung ist die Subsidiarität. Die Gemeinschaft kommt für die Lasten auf, die der Betroffene selbst nicht leisten kann. Das steht derzeit mit Einschränkung im Gegensatz zum jetzigen Versicherungsprinzip, weil jeder über seine

Krankenversicherungskarte Anspruch auf den vollen Umfang der Leistung hat, völlig ungeachtet dessen, wie groß seine eigene Fähigkeit ist, bestimmte Lasten selber zu finanzieren.

Die Subsidiarität muss auch durch eine stärkere Eigenbeteiligung gestärkt werden. Es ist dem Grunde nach zumutbar, eine Eigenbeteiligung einzuführen, die sich durchaus auch in hoher dreistelliger oder niedriger vierstelliger Höhe bewegen kann, mit dem Hintergedanken, dass der mündige Bürger in der Lage ist, sich ein finanzielles Polster zu schaffen. Alles, was darüber hinausgeht, zahlt die Krankenversicherung.

Selbst dabei kann man sich noch überlegen, ob man den Gesundheitsfonds nicht vor die Krankenkassen, sondern als eine Art Rückversicherung hinter die Krankenkassen stellt. Das bedeutet, wenn die Behandlung sehr teuer und aufwendig wird, dann könnten die Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds als eine Art Rückversicherung zurückgreifen.

Neben der Solidarität und Subsidiarität geht es auch um die Gerechtigkeit in Fragen der Finanzierung. Gerecht in der Finanzierung heißt, dass das, was krank macht, auch finanziell zur Genesung beitragen muss. Deshalb stehen auch die Arbeitgeber in der Pflicht, weil der Faktor „Arbeitsbedingungen“ mit erheblichen krankmachenden Faktoren berücksichtigt werden muss.

Aber auch für die Volksgesundheit muss deutlich mehr Geld zur Verfügung gestellt werden. So ließen sich die Beiträge für die Krankenkassen deutlich senken. Was neben dem Faktor Gerechtigkeit als Denk- und Handlungsprinzip in der Finanzierung eine Rolle spielt, ist die Frage des solidarischen und unsolidarischen Verhaltens. Wenn das, was krank macht, auch finanziell dazu beitragen sollte, dass man wieder gesund wird, dann muss man darüber nachdenken, ob man Abgaben auf gesundheitsschädliche Substanzen erhebt. Etwas plakativ gesagt: Man könnte eine Big-Mac-Steuer erheben. Abgaben auf gesundheitsschädigende Substanzen müssen früher oder später konkreten Eingang in die Gesundheitspolitik finden, weil das der einzige Weg ist, tatsächlich zu einer gerechten Finanzierung zu kommen. Dabei spielt auch ein pädagogischer Effekt eine große Rolle.

### **Humanisierung des Gesundheitswesens**

Ein weiterer Punkt, der neben Systematisieren, Optimieren und Finanzieren hinzu kommt, ist die Humanisierung des Gesundheitswesens. Wir haben in unse-

rem Gesundheitssystem nicht nur Menschen als Patienten mit ihren Ängsten und Nöten, sondern auch die verschiedenen Berufsgruppen. Jede Begegnung zwischen einem ärztlichen Spezialisten und einem Patienten ist immer eine Begegnung zwischen zwei Menschen und sie unterliegt damit auch bestimmten menschlichen Gesetzmäßigkeiten.

Menschen sind die emotionalsten Lebewesen. Diese emotionale Grundhaltung spielt im Gesundheitswesen eine ganz enorme Rolle. Die wesentlichen emotionalen Faktoren im Gesundheitswesen sind primär die Angst und Not beim Patienten. Er ist in einer subjektiven Not, ganz egal, ob er nun zu 70 Prozent verbrannt ist oder ob er sich nur den Ellbogen verstaucht hat. In diesem Moment ist für den Patienten etwas geschehen, das ihn in eine Notlage bringt, weil er nichts mehr von dem, was er vorher zu seiner freien Lebensäußerung gemacht hat, machen kann. Er ist also eingeschränkt auf seine Krankheit und erwartet logischerweise von dem Menschen, der sagt, er könne ihm helfen, dass er ihm auch hilft.

Das appellative Verhalten des Patienten, der Arzt solle ihm helfen, führt immer dazu, dass der Arzt etwas tut. Das heißt, wir haben einen sehr aktionistischen Trieb im Gesundheitswesen und die emotionale Trägerin ist irrationale Angst und Not beim Patienten, der der Arzt im Idealfall möglichst emotionsfrei oder mit einer emotionalen Distanz, ohne sich einfangen zu lassen, aber trotzdem emphatisch mit dem Patienten, professionell fachorientiert entgegnet. Das funktioniert aber in vielerlei Hinsicht nicht, weil die Arbeit des Arztes immer noch viel zu sehr den Anreiz hat, etwas gegen die Krankheit zu tun als zu fragen, was wäre im Zweifelsfall das Beste. „To do as much nothing as possible“ ist zum Teil besseres ärztliches Handeln, als alle Apparate und alle diagnostischen Verfahren auf den Weg zu bringen. Auf diese Ängste, die ein großes fehlsteuernendes Potenzial haben, muss man wesentlich intensiver eingehen. Man muss die Situation der Patienten wesentlich stärker berücksichtigen, die natürlich einen Anspruch auf Geborgenheit haben, den Anspruch darauf, dass sie ein Gesundheitswesen vorfinden, dem sie sich anvertrauen können.

Ein Beispiel: Wie man als Arzt nach wie vor gerne dem Wunsch des Patienten nach bestmöglicher Versorgung gelegentlich auf den Leim geht, sieht man im Bereich der Kommunikation von Risiken oder auch von wissenschaftlichen Erkenntnissen oder in Form von Propaganda durch die Anbieter von medizinischen Verfahren. Wenn der Arzt ein Verfahren entwickelt hat, das einen Nutzen beim Patienten auslöst,

dann ist es immer schön, wenn der Nutzen möglichst gut dargestellt wird, damit er auch entsprechend plakativ kommuniziert wird.

Wenn man beispielsweise sagt, dass Mammografie-Screening die Sterblichkeit im Brustkrebs um 25 Prozent senke, dann ist das außerordentlich beeindruckend. Das freut die Menschen, die das Mammografie-Screening propagieren, es freut auch diejenigen, die die Apparate verkaufen und es freut diejenigen, die sagen, ich habe es als Klinikprogramm auf den Weg gebracht. Schaut man sich aber diese Prozentzahlen genauer an, dann muss man feststellen, dass der konkrete Nutzen für eine normale, nicht familiär belastete Frau, die zum Mammografie-Screening geht, ein Versprechen darstellt. Wenn man die Prozentangaben runterbricht auf quantitative Angaben, dann muss man festhalten, wenn 1.000 Frauen 10 Jahre lang im Mammografie-Screening behandelt werden, sterben in 10 Jahren anstatt 4 Frauen an Brustkrebs 3 Frauen an Brustkrebs. Der Unterschied von 3 zu 4 gestorbenen Frauen macht die 25 Prozent aus.

Gott sei Dank sterben die meisten Frauen eben nicht an Brustkrebs, weil die meisten Frauen eben keinen Brustkrebs bekommen. Wenn man sich den gleichen Nutzen aus dem Blickwinkel der gesunden Frau ansieht, dann bleibt übrig, dass sie eine von 1.000 Frauen sein könnte.

### **Psychologie des Systems**

Die Angst des Patienten verleitet den Arzt dazu, sich irrational und dann auch wissenschaftlich falsch oder unethisch zu verhalten. Man muss ihm allerdings zugute halten, dass auch er als Mensch die Grundbedürfnisse hat, mit denen er sich im Gesundheitswesen wiederfindet. Diese Psychologie des Gesundheitswesens, der Begriff stammt von Professor Gerd Gigerenzer (Max-Planck-Institut für Bildungsforschung), ist praktisch noch ein komplett unerforschtes Feld. Man findet viel über Sozialmedizin und ein bisschen über die Psychologie des Arzt-Patientenverhältnisses, aber die Psychologie des Systems selbst ist noch unerforscht. Hier muss etwas passieren!

Um Humanisierung, Optimierung und Systematisierung zu gewährleisten, braucht man weitere strategische Ziele, wie vor allem Transparenz. Wir brauchen mehr Klarheit über das, was im Gesundheitswesen läuft, vor allen Dingen brauchen wir mehr Transparenz über Ergebnisse, und zwar nicht die Ergebnisse in groß angelegten doppelbelegten Studien, die immer ihre Eigenheiten haben. Man braucht vielmehr größe-

re Transparenz in der konkreten Art der Patientenversorgung. Wir wissen noch zu wenig, wie die Versorgung der Patienten mit einer Krebserkrankung oder einem Schlaganfall aussieht. Bertelsmann-Chef Reinhard Mohn hat einmal gesagt: Mache die Ergebnisse transparent und du erhältst einen Wettlauf der Systeme. Das haben wir in anderen Bereichen fast jeden Tag, mit Ausnahme im Gesundheitssystem.

Trotz mancher Mängel ist das deutsche Gesundheitswesen weltweit in vielerlei Hinsicht vorbildlich. Wir haben das Thema Qualitätsindikatoren über die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und auch über wissenschaftliche Publikationen gut bearbeitet. Wir haben mittlerweile sehr viele Verfahren, die Qualität sichtbar machen. Aber diese Verfahren müssen durch mehr Transparenz ausgebaut werden. So bekommen wir eine qualitätsorientierte Versorgungssteuerung.

Gute Qualität muss aber auch durch die Krankenkassen belohnt werden. Dies wird allerdings von der Leitungsseite der Krankenkassen noch nicht so gesehen. Denn für sie sind im Extremfall niedrige Kosten wichtiger als höhere Qualität. Aber über Transparenz, über gute Versorgung anhand besserer Qualitätsindikatoren, kann man Versorgung besser steuern als es jetzt der Fall ist. Aber solch eine positive Entwicklung muss wachsen und gepflegt werden.

### **Führung des Gesundheitswesens**

Ohne Führung läuft auch im Gesundheitswesen nichts. Aber es ist keineswegs klar, wer führt. Beim Deutschen Fußballbund wissen wir das, auch bei der Fußballnationalmannschaft, die Bundeskanzlerin führt die Bundesregierung. Doch niemand führt das Gesundheitswesen. Nach dem Gesetz sind die Länder zuständig, aber sie machen es nicht. De facto bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über die Akteure im Gesundheitswesen, aber es führt nicht, weil es Politik gegen die Ärzte macht. Eine einheitliche Führung, die auch die Betroffenen, die geführt werden müssen oder die geführt werden wollen, mit ins Boot holt, findet im Gesundheitswesen nicht statt. Führung kann nur funktionieren, wenn man ein gemeinsames, übergeordnetes Ziel hat. Auch wenn es vielleicht nicht allen schmeckt, aber es kann nur ein gemeinsames Ziel geben, es wird vorgegeben, idealerweise über die Gesellschaft. Daran muss man sich auch messen lassen.

Der Vorteil im Gesundheitswesen besteht darin, dass eigentlich alle nur ein einziges Ziel haben können,

nämlich die hochwertige Behandlung der Krankheiten bei einer möglichst humanen Betreuung der kranken Menschen. Was hochwertig und was human ist, darüber kann man sich streiten, aber man hat wenigstens einen Messpunkt, über den man sich streitet. Um ein gemeinsames Ziel zu erreichen, braucht man „common sense“ und „common responsibility“.

Die zweite Variante ist, die Betroffenen führen selbst und die dritte Möglichkeit, wie man Führung gewährleisten kann, ist eben Führung durch bestimmte Verfahren oder Systeme. Wie dies geschieht, muss man nicht neu erfinden, man kann es nachlesen im Bereich der Organisationsentwicklung, des Change-Managements. Über Risk-Management kann man erkennen,

was man alles tun muss, damit keine Fehler oder Schäden produziert werden. Über die evidenzbasierte Medizin hat der Arzt die Methode, die ihn erkennen lässt, was tatsächlich der beste Nutzen für den erkrankten Menschen ist. Mit den Methoden Qualitätsmanagement, Risk-Management und evidenzbasierte Medizin sind die Führungsmethoden vorhanden, um das Gesundheitswesen weiter zu entwickeln. So kann ein sinnvoller Systemwechsel auf den Weg gebracht werden. Dieser Weg führt vom autoritär gesteuerten und hin zum lernenden System, das sich kontinuierlich daran orientiert, was dem Patienten nutzt.